

**FONDO PARA EL DESARROLLO Y EL CUIDADO INFANTIL (CCDF)/INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE ON MY WAY PRE-K (OMW)**

Formulario estatal 57268 (R2/ 8-24)

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES

**INSTRUCCIONES:** Su proveedor debe completar esta información en su totalidad y firmar el formulario.

Solicitante/Solicitante conjunto. Cargue este documento a su solicitud en línea o envíelo para ayudar a cumplimentar rápidamente sus cupones de cuidado infantil/OMW. Si desea hacer un cambio de proveedor, debe enviar este formulario a la oficina de elegibilidad antes del mediodía del jueves, para que entre en vigencia a la semana siguiente o el pago del cuidado puede quedar bajo su responsabilidad. Su proveedor debe permitir visitas no programadas de un padre o tutor legal a su programa de cuidado infantil durante el horario de funcionamiento del programa de cuidado infantil. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su oficina local de elegibilidad.

Nombre del solicitante		Número de teléfono del solicitante		Dirección de correo electrónico del solicitante			
Nombre del programa			Número de licencia/registro/exención		Nivel actual del proveedor en el programa Caminos a la CALIDAD <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
Dirección donde se brinda la atención (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado del programa		Número de teléfono del programa ( )		
¿En qué fecha comenzará el cuidado del niño? (mes, día, año) / /			¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es para un niño que está volviendo a autorizar su caso? Si No		
Tipo de proveedor <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Hogar exento de licencia <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia <input type="checkbox"/> Prestación de cuidados en el hogar del niño <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma							
Horario de funcionamiento (es decir, de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de funcionamiento (Marque todos los que correspondan). <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo					
Nombre del/de los niño(s) del CCDF (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Cargo por edad actual	H -Media jornada F- Jornada completa	Cargo para el siguiente grupo de edad (Si el niño es actualmente un bebé, indique el cargo por niño pequeño)	Edad escolar (antes y después de la escuela)	Edad escolar Otro (Cargo por descansos escolares, cuidado por la noche o fines de semana)	
<b>SOLO PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (Incluya un calendario escolar para TODOS los niños en edad escolar).</b>							
Fecha de inicio del año escolar (mes/día/año) / /	Fecha de finalización del año escolar (mes/día/año) / /	¿Necesita el niño en edad escolar cupones de cuidado durante el descanso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es este formulario de cuidado durante el descanso o de servicios integrales de On My Way Pre-K? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asistirá el niño a este mismo proveedor de CCDF durante el verano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio y finalización del verano (mes/día/año) / /	
<b>SOLO PARA NIÑOS DE ON MY WAY PRE-K</b>							
Nombre del niño del programa OMW (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Cargo semanal de OMW Pre-K	H -Media jornada F- Jornada completa	Fecha de inicio de OMW Pre-K (mes/día/año)	Fecha de finalización de OMW Pre-K (mes/día/año) Fecha límite: primer sábado de junio	Si se determina que la familia cumple los requisitos de elegibilidad limitada los proveedores reciben	
						\$147.82/semana	
						\$147.82/semana	
Si se trata de un colegio público, privado o autónomo, ¿necesita el niño del programa OMW arriba mencionado cupones de cuidado durante el descanso (cuidado en otro proveedor cuando su colegio no está funcionando)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<b>Si la respuesta es sí, debe proporcionarse un cronograma escolar</b>	
¿Tiene usted relación con alguno de los niños mencionados anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es sí, indique la relación.				

**DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR Los proveedores elegibles deben demostrar que cumplen con las Normas mínimas del CCDF antes de participar en estos programas.**

Declaro que la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Además, declaro que se proporcionará cuidado infantil en la dirección indicada anteriormente y acepto cumplir las normas y reglamentaciones del programa del CCDF disponibles en [www.childcarefinder.in.gov](http://www.childcarefinder.in.gov). También entiendo que debo permitir las visitas no programadas de un padre o tutor legal a mi programa de cuidado infantil durante las horas en que mi programa de cuidado infantil esté en funcionamiento. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada anteriormente o la persona designada autorizada.

Firma del proveedor	Nombre en letra de imprenta del proveedor	Fecha (mes, día, año)
---------------------	---	-----------------------